UNTERSUCHUNG ÜBER DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN NICHT NORMALEN FAMILIENVERHÄLTNISSEN UND DER HÄUFIGKEIT UND ART PSYCHOREAKTIVER STÖRUNGEN

Klaus - Jürgen Wirsching

1970

Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und Neurologie
Leiter: Professor Dr. R. Lempp
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schulte

Untersuchung über die Beziehung zwischen nicht normalen Familienverhältnissen und der Häufigkeit und Art psychoreaktiver Störungen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Klaus - Jürgen Wirsching
aus Künzelsau

1 9 7 0

DISSERTATIONSDRUCK -SCHÖN- München 23 · Belgradstr. 11

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan	Professor Dr. J. Hirschmann
1. Berichterstatter	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter	Professor Dr. W. Schulte

MEINEN ELTERN GEWIDMET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547609_0025

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. LITERATUR ZUR FRAGESTELLUNG	2
III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	9
A) Methodik	9
B) Eigene Ergebnisse	13
1. Zusammensetzung des Untersuchungsgutes	13
2. Geschlechtsunterschiede	14
3. Altersverteilung	17
4. Formen des Elternverlustes	21
5. Zeitpunkt des Elternverlustes	22
6. Familienstand der Patienten	25
7. Bedeutung nicht normaler Familienverhältnisse für die Art psychoreaktiver Störungen	27
8. Geschlechtsunterschiede in der Symptomhäufigkeit bei nicht normalen Familien	32
9. Bedeutung der Art der nicht normalen Familienverhältnisse für die Art der Symptome	32
IV. VERGLEICH DER EIGENEN ERGEBNISSE MIT ARBEITEN AUS DER LITERATUR	39
V. KRITISCHE SCHLUSSBETRACHTUNG	44
VI. ZUSAMMENFASSUNG	46
LITERATURVERZEICHNIS	49

I. EINLEITUNG

In dieser Arbeit soll an einem ausgewählten Patientengut der Universitäts-Nervenklinik Tübingen untersucht werden, ob Zusammenhänge bestehen zwischen der Art und Häufigkeit psychoreaktiver Störungen und nicht normalen Familienverhältnissen in den ersten 18 Lebensjahren. Nachdem solche Untersuchungen von S. BECK, D. BECK und R. LEMPP an psychoreaktiv erkrankten Kindern durchgeführt worden sind, soll dieses Thema nun bei erwachsenen Patienten erörtert werden. Die Auswertung des Krankengutes wurde zusammen mit R. BETTRAY durchgeführt, der an demselben Kollektiv festzustellen versuchte, ob eine Beziehung besteht zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und der Art und Häufigkeit psychoreaktiver Störungen.

Im besonderen soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. Wie setzt sich das untersuchte Krankengut hinsichtlich der Art der gestörten Familienverhältnisse zusammen?
2. Wie ist die Altersverteilung des Patientengutes?
3. Welche Formen des Elternverlustes liegen vor?
4. In welchem Alter der Patienten erfolgte ein Elternverlust?
5. Wie ist der Familienstand der Patienten?
6. Besteht ein Zusammenhang zwischen nicht normalen Familienverhältnissen und der Art psychoreaktiver Störungen?
7. Besteht ein zahlenmäßiger Zusammenhang zwischen der Art der gestörten Familienverhältnisse und der Art der Symptome?
8. Treten unterschiedliche Ergebnisse bei Männern und Frauen auf?

II. LITERATUR ZUR FRAGESTELLUNG

In der Sozialpsychologie werden die Beziehungen des Kindes zu den Familienmitgliedern unter zwei Aspekten gesehen. Einerseits muß man berücksichtigen, ob das Kind in einer vollständigen Familie aufwachsen kann oder nicht, d.h. ob ein Vater, eine Mutter, ob Geschwister und in welcher Anzahl und Stellung vorhanden sind oder nicht, zum anderen, ob und wie die Familienatmosphäre, die Einstellung und Verhaltensweisen der Eltern und Geschwister dem Kind eine angemessene Entwicklung ermöglichen.

Obwohl beide Gesichtspunkte eine wesentliche Rolle spielen, so wurde doch in der wissenschaftlichen Forschung dem ersten Punkt nicht so viel Aufmerksamkeit gewidmet wie dem zweiten. Der erste, der sich mit dieser Problematik näher befaßte, war A. ADLER, der den einzelnen Geschwisterpositionen bestimmte Charaktereigenschaften zumaß. In neuerer Zeit hat sich besonders W. TOMAN mit der Frage der Familienkonstellationen auseinandergesetzt, und eine Reihe anderer Autoren beschäftigen sich mit denselben Problemen. So beschreibt eine Arbeit von S. BECK und R. LEMPP die Beziehung zwischen den Geschwisterpositionen und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen. D. BECK und R. LEMPP machten ähnliche Untersuchungen an Kindern aus gestörten Familien und T.F. HAU und A. RÖPPELL untersuchten die Familienkonstellationen bei psychosomatisch Erkrankten.

Daß besonders eindrucksvolle Kindheitserlebnisse für das Entstehen von Psychoneurosen verantwortlich gemacht werden können, wird von keiner Seite bestritten. Schon

S. FREUD hob besonders die Bedeutung sexueller Traumen der Kinderzeit in diesem Zusammenhang hervor. H.-E. RICHTER mißt der Erziehung größte Bedeutung bei und sieht einen engen Zusammenhang zwischen der Biographie der Eltern und neurotischen Kindern. A. DOHRSSEN ist ebenfalls der Oberzeugung, daß die frühen Entwicklungsjahre des kleinen Kindes den Ansatzpunkt für die Entwicklung typischer und gut voneinander abgrenzbarer Störungen geben.

Aus vielen Arbeiten geht außerdem hervor (A. DOHRSSEN, F. BROWN, F.H. EDWARDS, J. GREGORY), daß nicht-normale Familienverhältnisse, zu denen Zerwürfnisse, Verlust eines oder beider Elternteile durch Tod, Scheidung oder Trennung und uneheliche Geburt zählen, eine Disposition für psychische Störungen im Kindesalter bilden. So konnte A. DOHRSSEN bei Kleinkindern, denen nach dem 4. Lebensmonat die Mutter gefehlt hatte, ein katastrophales Absinken des Entwicklungsquotienten beobachten, wohingegen Kinder, denen die Mutter nicht gefehlt hatte, einen gleichbleibenden Entwicklungsquotienten aufwiesen. F. BROWN zeigte bei einer großangelegten Untersuchung an 2 196 Kindern, daß Kinder mit Verhaltensstörungen zu einem statistisch signifikant höheren Anteil aus zerbrochenen Familien kamen. Einfache nervöse Störungen waren dagegen häufiger bei Kindern aus vollständigen Familien anzutreffen.

F.H. EDWARDS fand bei einer Untersuchung von 16jährigen Kriminellen bei allen Fällen ein bis mehrere traumatische Erlebnisse folgender Art: Eheschwierigkeiten oder Scheidung der Eltern, Fehlen von Vater oder Mutter oder uneheliche Geburt. Gerade solche Erlebnisse wirken traumatisch, da sie vom Kind nicht geändert werden können. Dadurch entsteht zuerst Angst, später schützt sich das Ich durch eine Abwehrschicht, nämlich neurotisches oder kriminelles Verhalten.

In einer differenzierteren Untersuchung konnte J. GREGORY bei männlichen Jugendlichen einen engen Zusammenhang der Kriminalität mit dem Verlust des Vaters durch Trennung oder Scheidung nachweisen. Weniger Einfluß dagegen soll der Tod des Vaters haben. Bei den weiblichen jugendlichen Kriminellen dagegen bestand eine Beziehung zu den getrennten Eheverhältnissen der Eltern oder zu dem Verlust der Mutter durch Tod. Daraus wird gefolgert, daß die zur Stabilität der sozialen Verhaltensnorm führende erzieherische Einflußnahme im wesentlichen durch den Elternteil des gleichen Geschlechts ausgeübt wird.

Von H. LÖWE wurden 50 Jungen und 50 Mädchen, die ein Leistungsversagen zeigten, einer gleich großen Gruppe leistungsbesten Jungen und Mädchen gegenübergestellt. Dabei fand er bei 85 % der leistungsschwachen Kinder familiäre Belastungsfaktoren, die bei der anderen Gruppe nur bei 35 % festzustellen waren. Vor allem eine geschiedene Ehe der Eltern und Tod oder Abwesenheit eines Elternteils spielten eine gewichtige Rolle.

In einer von D. BECK und R. LEMPP veröffentlichten Arbeit wurden Untersuchungen bei 240 gestörten Kindern im Alter von 3 - 15 Jahren unternommen, die aus nicht normalen Familienverhältnissen stammten. Diesen wurde eine Gruppe von 254 gestörten Kindern aus normalen Familien gegenübergestellt, die von S. BECK und R. LEMPP untersucht worden sind und aus dem gleichen Krankengut stammten. Obwohl fast genau so viele Kinder aus nicht normalen Familien in Behandlung kamen wie Kinder aus normalen Familien, konnte nicht untersucht werden, ob die nicht normalen Familienverhältnisse als ein disponierender Faktor für das Entstehen psychoreaktiver Störungen beim Kind angesehen werden können, da entsprechende Statistiken von der Vergleichsbevölkerung fehlten.

Dagegen konnten jedoch für die Art dieser Störungen charakteristische Unterschiede festgestellt werden. Beim Vergleich der Einweisungsgründe ergab sich, daß bei Kindern aus gestörten Familien die Gründe Erziehungsschwierigkeiten, Diebstahl, Aggressivität, motorische Unruhe und Weglaufen signifikant häufiger vorkamen. Bei Kindern aus vollständigen Familien dagegen traten häufiger kindlicher Autismus, Kopfschmerzen und Stottern auf. Es ergab sich also ein Oberwiegen der dissozialen Verhaltensweisen bei Kindern aus gestörten Familien, bei Kindern aus vollständigen Familien dagegen der psychosomatischen Störungen. Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen konnten nicht gefunden werden.

Die nicht normalen Familienverhältnisse wurden von D. BECK und R. LEMPP in folgende Gruppen unterteilt:
Halbwaisen bei alleinstehender Mutter, Scheidungswaisen bei alleinstehender Mutter, Uneheliche bei alleinstehender Mutter, Halb- und Scheidungswaisen bei dem alleinstehenden Vater, Stiefmutterfamilie, Stiefvaterfamilie, Großelternfamilie, Adoptivfamilie, Pflegefamilie, Heimerziehung, mehrfacher Wechsel der Umgebung.
Diese Gruppen wurden ebenfalls nach den Einweisungsgründen untersucht, wobei sich signifikante Unterschiede ergaben. Vor allem bei Halbwaisen und Scheidungswaisen, die bei der alleinstehenden Mutter aufgewachsen waren, sowie bei den Stiefvaterkindern fanden sich besonders häufig Enuretiker. Bei Großelternkindern waren Angst und Zwang und bei Kindern mit mehrfachem Wechsel der Umgebung Erziehungsschwierigkeiten signifikant häufiger anzutreffen.

Während also bei Kindern eine positive Korrelation zwischen nicht normalen Familienverhältnissen und der Häufigkeit und Art psychoreaktiver Störungen nicht bestritten wird, sind bei Erwachsenen solche Beziehungen stark in Frage gestellt.

So wurden von N. Q. BRILL Verluste eines Elternteils durch Scheidung oder Trennung, nicht aber durch den Tod, signifikant häufiger bei Psychoneurotikern beobachtet als in einer gesunden Kontrollgruppe.

Von J.-J. HEGG untersuchte neurotische Militärpilotenanwärter kamen ebenfalls häufiger aus geschiedenen, getrennten und zerrütteten Ehen als ihre unauffälligen Kollegen.

Auch F. BROWN konnte bei Strafgefangenen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Elternverlustes in der Jugend aufzeigen. Sie hatten nämlich häufiger einen Verlust zu beklagen als die Gesamtbevölkerung. Bei näherer Befragung wird jedoch mehr die durch den Verlust bedingte Störung des Lebensweges als der Verlust selbst für die Kriminalität verantwortlich gemacht.

S. GREER sieht eine enge Beziehung zwischen Suicidversuch und Elternverlust in der Kindheit, vor allem, wenn dieser in den ersten vier Lebensjahren eingetreten ist. In einer entsprechenden Untersuchung erhält er diesbezüglich signifikante Unterschiede. Hinsichtlich des Geschlechtes und des Grundes für den Verlust ergaben sich ebenso keine Unterschiede wie auch hinsichtlich der späteren Umgebung des Kindes.

Auch T. L. DORPAT konnte nachweisen, daß Personen, die Suicid begangen oder versucht hatten, signifikant häufiger ihre Eltern in der Kindheit verloren hatten als eine unauffällige Kontrollgruppe. Mit dem Ergebnis will er die Theorie von G. ZILBOORG bestätigt wissen, daß der Verlust der Eltern in der Kindheit eine Bereitschaft zur Depression und zum Suicid im späteren Leben schaffe.

Für das Entstehen von Depressionen macht A. D. FORREST ebenfalls Elternverluste in der Kindheit mitverantwortlich.

Während J. GREGORY in einer frühen Veröffentlichung noch die Auffassung vertritt, daß Psychoneurotiker wie andere Gruppen psychisch Erkrankter häufiger als erwartet einen Vaterverlust in der Kindheit aufzuweisen haben, so korrigiert er sich jedoch in einer späteren Arbeit mit der Feststellung, daß zwischen Depression und versuchtem Suicid und Elternverlust in der Kindheit kein Zusammenhang besteht. Durch eine Untersuchung konnte er dasselbe für die Neurosen nachweisen.

Zu demselben Schluß kommt N. Q. BRILL, der bei psychiatrisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten keine größere Häufigkeit von Todesfällen der Eltern feststellen kann als bei einer Kontrollgruppe.

Auch A. MUNRO glaubt, daß der Elternverlust allein nicht als wichtiger prädisponierender Faktor für eine seelische Erkrankung betrachtet werden darf. Seiner Meinung nach tritt ein Elternverlust überhaupt wesentlich häufiger ein als allgemein angenommen wird. Bei einem Vergleich von 153 depressiven Patienten mit 163 psychiatrisch gesunden Patienten kommt er zu dem Ergebnis, daß Depressive keinen höheren Elternverlust vor dem 16. Lebensjahr aufweisen. Weder der Tod des Vaters noch der Mutter haben einen Einfluß auf die Ätiologie einer Depression. Lediglich schwer Depressive hätten häufiger ihre Mutter durch Tod vor dem 26. Lebensjahr verloren.

Bei einer Gegenüberstellung fand S. GREER, daß bei Neurotikern und einer Kontrollgruppe die Häufigkeit des Elternverlustes beinahe gleich war. Soziopathen hingegen hatten signifikant häufiger ihre Eltern vor dem 5. Lebensjahr verloren.

Welche Bedeutung die Unvollständigkeit einer Familie in Bezug zur Kinderzahl für die psychosomatisch Erkrankten hat, wurde in einer Arbeit von T. F. HAU und A. ROPPELL untersucht. Zur Unvollständigkeit wurden gerechnet: Tod eines Elternteils, Unehelichkeit, Scheidung, Trennung oder Fehlen eines Elternteils aus anderen Gründen, sofern diese Ereignisse in den ersten 6 Lebensjahren des Patienten auftraten. Von der gesamten Untersuchungsgruppe stammten 24 % der Patienten aus unvollständigen Familien. Die Autoren kommen zum Schluß, daß die Unvollständigkeit der Familie als zu psychosomatischer Erkrankung disponierender Faktor nicht sehr gravierend wirkt.

Während der Verlust nur eines Elternteiles als ätiologisches Moment für eine psychische Erkrankung also sehr in Frage gestellt ist, so sind sich dagegen viele Autoren einig über die Bedeutung des Verlustes beider Eltern in der Kindheit. N. Q. BRILL, der die Bedeutung des Verlustes von nur einem Elternteil durch Tod bestreitet, fand Vollwaisen wesentlich häufiger unter psychisch erkrankten Patienten, als zu erwarten war. Auch S. GREER meint den Verlust beider Eltern mitverantwortlich für Suicidversuch machen zu können.

Ein breites Feld von Forschern hat sich also schon mit der Bedeutung des Elternverlustes für psychische Erkrankungen beschäftigt. Es wird vor allem die Beziehung zum Suicid und zu den Depressionen oft untersucht, wobei die Ergebnisse jedoch keine volle Übereinstimmung zeigen.

III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

A) Methodik

Aus den Krankentagebüchern der Männer- und Frauenstation der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wurden von den Jahren 1966 und 1967 diejenigen Fälle ausgesucht, bei denen ein psychoreaktives Geschehen angenommen werden konnte. Dabei war die Einweisungsdiagnose jeweils im Krankentagebuch vermerkt. Von insgesamt 4 800 Patienten, davon 2 680 Männer und 2 120 Frauen, ergaben sich auf diese Weise 1 535 Fälle, von denen die Krankenblätter nach unserer Fragestellung durchgearbeitet wurden. Davon mußten 920 Fälle aus folgenden Gründen ausgeschieden werden:

1. Patienten, die jünger als 18 Jahre waren, da eine gewisse Reife vorausgesetzt werden sollte,
2. wenn keine sichere Diagnose gestellt werden konnte,
3. wenn das Leiden nicht allein psychoreaktiv bedingt war, so bei
   a) Verdacht auf endogene Ursache
   b) Verdacht auf frühkindlichen Hirnschaden, der nach R. LEMPP eine Disposition für eine neurotische Fehlreaktion darstellt
   c) bei organischer Ursache des Leidens,
4. wenn die Familien- oder Eigenanamnese ungenügend war,
5. Gutachten wurden ebenfalls nicht ausgewertet.

Danach ergaben sich für die Untersuchung noch 615 Patienten, bei denen die Diagnose auf ein psychoreaktives bzw. psychosomatisches Geschehen schließen ließ. Bei diesen Fällen war auch eine Anamnese anzutreffen, die der Fragestellung in sämtlichen Punkten gerecht wurde.

Von den 615 Patienten waren 416 (67,7 %) in normalen Familienverhältnissen aufgewachsen, 199 (32,3 %) der Patienten stammten aus gestörten Familien. Diese beiden Gruppen wurden einander gegenübergestellt und bezüglich der Einweisungssymptomatik untersucht und miteinander verglichen.

In Anlehnung an die Arbeit von D. BECK und R. LEMPP wurde eine Unterteilung der nicht normalen Familien in verschiedene Familienformen getroffen. Nach der jeweilig überwiegenden Abweichung der Norm wurden folgende Hauptgruppen gebildet (Abkürzung):

Unvollständige Familien

a) Halbwaisen bei alleinstehender Mutter (HW)
b) Scheidungswaisen bei alleinstehender Mutter (SchW)
c) Uneheliche bei alleinstehender Mutter (UE)
d) Halbwaisen und Scheidungswaisen bei alleinstehendem Vater (HW, SchW, bV)

Ergänzte Familien

e) Stiefmutterfamilien (StM)
f) Stiefvaterfamilien (StV)

Ersatzfamilien

g) Großelternfamilien (GrE)
h) Adoptivfamilien (Ad)
i) Pflegefamilien (Pfl)

Familienersatz

k) Heimerziehung (H)

Sammelgruppe

l) Mehrfacher Wechsel der Umgebung (mW)

Die vorliegenden Hauptgruppen stellen die verschiedenen Familienverhältnisse dar, in denen die untersuchten Patienten aufgewachsen sind. Dabei wurden nur Verhältnisse oder Veränderungen berücksichtigt, die vor Beendigung des 18. Lebensjahres der Patienten vorgekommen sind. Außerdem wurde die Einteilung so vorgenommen, daß keine Überschneidung der Gruppen möglich war. Zu den unvollständigen Familien wurden solche Patienten gerechnet, die bei einem Elternteil aufgewachsen sind, ohne daß weitere Pflegeverhältnisse oder zeitweiliger Heimaufenthalt vorgekommen sind. Dabei war der Verlust eines Elternteils, je nach der Gruppe, entweder durch Tod oder Scheidung bzw. Trennung aufgetreten, oder der Patient wurde unehelich geboren.

Zu den ergänzten Familien wurden alle Patienten gerechnet, die nach dem Verlust eines Elternteils durch Tod, Scheidung bzw. Trennung oder durch Unehelichkeit wieder einen Stiefvater oder eine Stiefmutter erhalten haben. Dabei war es gleichgültig, wie groß die Zeitspanne zwischen Verlust und Ersatz eines Elternteils war. Ebenfalls zu dieser Gruppe zählen die sehr wenigen Fälle, die zwei Stiefväter oder Stiefmütter erlebt haben.

Unter die Ersatzfamilien wurden die Fälle eingereiht, die nach dem Elternverlust entweder bei Großeltern, Adoptiveltern oder Pflegeeltern aufgewachsen sind.

Zu den Heimkindern wurden alle Patienten gezählt, die nach dem Elternverlust in einem Heim aufgewachsen sind. Ausgenommen wurden Adoptions- und Pflegekindern, bei denen fast immer ein Heimaufenthalt vorausgeht. Ebenfalls nicht zu dieser Gruppe gerechnet wurden Patienten mit mehrfachem Wechsel der Umgebung.

Zu den Familien mit mehrfachem Wechsel der Umgebung gehören Patienten, die in mindestens zwei der genannten Familienformen aufgewachsen sind, wobei sie in jeder mindestens ein Jahr zugebracht haben mußten. Nicht zu dieser Gruppe gehörten die Fälle, die zuerst in einer unvollständigen Familie und später in einer ergänzten Familie aufgewachsen sind, da ja eine Familie nie sofort nach einem Verlust ergänzt wird, außerdem die Fälle, wo der Patient zuerst im Heim, später in einer Adoptiv- oder Pflegefamilie aufgenommen worden ist.

Es soll nochmals betont werden, daß Veränderungen der Familienform nur bis zur Beendigung des 18. Lebensjahres des Patienten berücksichtigt wurden.

Diese Gruppen sollen hinsichtlich der Verteilung in die Geschlechter, des Alters, der Form und des Zeitpunktes des Elternverlustes, des Familienstandes und der Einweisungsgründe miteinander verglichen werden.

Sämtliche 199 Patienten aus gestörten Familien werden den 416 Patienten aus normalen Familien gegenübergestellt, die von R. BETTRAY bezüglich der Geschwisterposition untersucht worden sind. Sie sollen hinsichtlich der Verteilung in die Geschlechter, des Alters, des Familienstandes und der Einweisungsgründe miteinander verglichen werden.

B) Eigene Ergebnisse

1. Zusammensetzung des Untersuchungsgutes
Wie schon oben angeführt, waren von den 615 verwertbaren Fällen 199 (32,3 %) in nicht normalen Familienverhältnissen aufgewachsen. Diese 199 Fälle verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Familienhauptgruppen:

Unvollständige Familien			
a) Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter	(HW)	72	(36,2%)
b) Scheidungswaisen bei der alleinstehenden Mutter	(SchW)	13	(6,5%)
c) Uneheliche bei der alleinstehenden Mutter	(UE)	3	(1,5%)
d) Halbwaisen und Scheidungswaisen bei dem alleinstehenden Vater	(HW, SchW, bV)	7	(3,5%)
Ergänzte Familien			
e) Stiefmutterfamilien	(StM)	13	(6,5%)
f) Stiefvaterfamilien	(StV)	23	(11,6%)
Ersatzfamilien			
g) Großelternfamilien	(GrE)	7	(3,5%)
h) Adoptivfamilien	(Ad)	4	(2,0%)
i) Pflegefamilien	(Pfl)	14	(7,0%)
Familienersatz			
k) Heimerziehung	(H)	3	(1,5%)
Sammelgruppe			
l) Mehrfacher Wechsel der Umgebung	(mW)	40	(20,2%)

Während der gleichen Zeit kamen aus normalen Familien 416 Patienten mit psychoreaktiven Störungen in stationäre Behandlung.

Da brauchbare Vergleichszahlen aus der Normalbevölkerung über die Häufigkeit nicht normaler Familienverhältnisse nicht zur Verfügung stehen, kann eine Untersuchung, ob eine direkte Beziehung zwischen den gestörten Familienverhältnissen und der Häufigkeit von psychoreaktiven Störungen besteht, bei dem vorliegenden Krankengut nicht durchgeführt werden. Die amtliche Statistik erfaßt zwar uneheliche Geburten und Scheidungen, aber über das weitere Schicksal der davon betroffenen Kinder gibt es keine statistischen Erhebungen. Außerdem müßten vergleichbare Statistiken kurz nach dem 2. Weltkrieg erhoben worden sein, also nach 1945, da fast der größte Teil des Patientengutes, wie nachher noch aus der Altersverteilung zu ersehen ist, zwischen 1936 und 1944 geboren wurde. Diese Statistiken gibt es jedoch nicht.

2. Geschlechtsunterschiede

Das verwertbare Gesamtuntersuchungsgut von 615 Fällen setzte sich aus 309 Männern (50,2 %) und 306 Frauen (49,8 %) zusammen. Darunter waren 199 Patienten, davon 110 Männer (55,2 %) und 89 Frauen (44,8 %), die in unnatürlichen Familienverhältnissen aufgewachsen waren. In der folgenden Tabelle sollen die Werte noch einmal zusammengestellt werden:

Tabelle 1:

	insgesamt	normale Familien	nicht normale Familien	Wohnbevölkerung der Bundesrepublik
Männer	309	199	110	
%	50,2	47,8	55,2[1)]	47
Frauen	306	217	89	
%	49,8	52,2[2)]	44,8	53
Summe	615	416	199	
%	100	100	100	100

[1)] signifikant mehr als Männer aus normalen Familien ($p<0,1$)

[2)] signifikant mehr als Frauen aus nicht normalen Familien ($p<0,1$)

Von den normalen Familien kamen demnach mehr Frauen (52,2 %) in psychiatrische Behandlung als Männer (47,8 %). Diese Verteilung entspricht annähernd der Geschlechtsverteilung der Bundesrepublik. Bei den nicht normalen Familien dagegen gelangten die Männer (55,2 %) häufiger zur Aufnahme als die Frauen (44,8 %). Der Unterschied ließ sich mit einem χ^2-Test bei 10 % Wahrscheinlichkeit statistisch sichern.

Ob für diesen Unterschied sämtliche Familienformen gleich stark verantwortlich sind oder ob in den Hauptgruppen die Häufigkeiten von Männern und Frauen differieren, soll anhand Tabelle 2 untersucht werden, wo die Verteilung der Fälle von nicht normalen Familien auf die verschiedenen Hauptgruppen nach Geschlechtern getrennt dargestellt wird.

Tabelle 2

Hauptgruppe	Männer	Frauen	Männer und Frauen
HW	50	22	72
SchW	6	7	13
UE	3	0	3
HW+SchW, bV.	3	4	7
StM	6	7	13
StV	14	9	23
GrE	5	2	7
Ad	0	4	4
Pfl	5	9	14
H	3	0	3
mW	15	25	40
Gesamtzahl	110	89	199

Oberraschend ist vor allem die hohe Zahl von Männern in den Gruppen der Halbwaisen und Stiefvaterkinder, vielleicht auch noch bei den Großelternkindern. Die Gruppen Uneheliche und Heimkinder bestehen ebenfalls nur aus Männern. Halbwaisen, Stiefvaterkinder und Uneheliche weisen als Gemeinsamkeit einen Vaterverlust auf.

Ebenfalls überrascht die Feststellung, daß bei den Gruppen mehrfacher Wechsel der Umgebung und Adoptiv- und Pflegekinder die Frauen stärker vertreten sind. Diesen drei Gruppen ist gemeinsam, daß keines der beiden Elternteile mehr in der Familie zugegen war. Beide Eltern fehlen nur noch in den Heim- und Großelternkindergruppen. Die Großeltern machen in diesem Kreis jedoch eine Ausnahme, da sie mit den Kindern verwandt und diesen dadurch doch vertrauter sind.

Gleich viele Männer und Frauen kommen nur in den Gruppen der Scheidungswaisen bei der Mutter, der Halb- und Scheidungswaisen beim Vater und bei Stiefmutterkindern vor. Der Aussagewert in diesen Gruppen ist jedoch sehr gering, da die Zahlen sehr klein sind.

3. Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten lag bei 34,1 Jahren, wobei die Patienten mit gestörten Familienverhältnissen mit durchschnittlich 33,2 Jahren nur wenig jünger waren als die aus normalen Familien mit 34,6 Jahren. K.OBERLA konnte bei Untersuchungen an psychosomatisch Erkrankten ein Durchschnittsalter von 32 Jahren ermitteln.

Aus den Schaubildern 1 - 3 ist die Altersverteilung des Patientengutes zu ersehen. Dabei kann man beim Vergleich der Fälle mit normalen und solchen mit gestörten Familienverhältnissen folgendes feststellen:
18- bis 22jährige Patienten stammten relativ häufiger aus normalen Familien, nämlich 64 von 416 (15,4 %), als aus gestörten Familien mit 14 von 199 (7 %). 23- bis 30jährige Patienten dagegen kamen häufiger aus gestörten Familienverhältnissen, nämlich 88 von 199 (44,2 %) gegenüber 117 aus normalen Familien (28,2 % von 416). Die 30jährigen gehören dem Jahrgang 1936/37 an, die 23jährigen wurden 1943/44 geboren. Gerade die in diesem Zeitraum geborenen Kinder erlebten in den ersten 6 Lebensjahren den 2. Weltkrieg. Die Dichte in diesen Altersklassen scheint also eine Auswirkung des Krieges zu sein, da dort sehr viele Väter gefallen sind.

Sowohl bei Patienten aus normalen wie auch aus gestörten Familien ist zwischen dem 31. und 34. Lebensjahr eine geringe Häufung festzustellen, etwas vermehrt scheinen dagegen wieder 35- bis 40jährige in Behandlung zu kommen.

SCHAUBILD 1: Alter des Gesamtuntersuchungsgutes, normale und nicht normale Familien getrennt

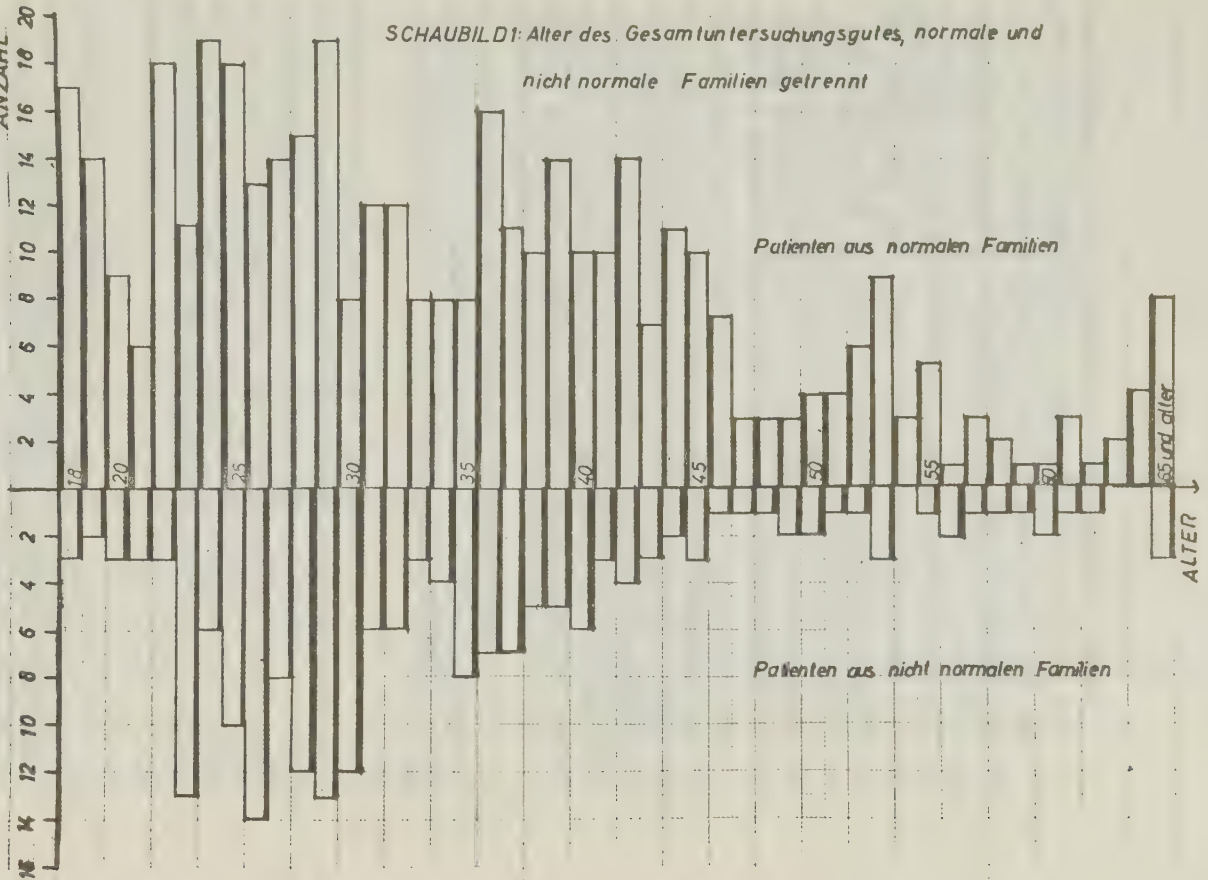
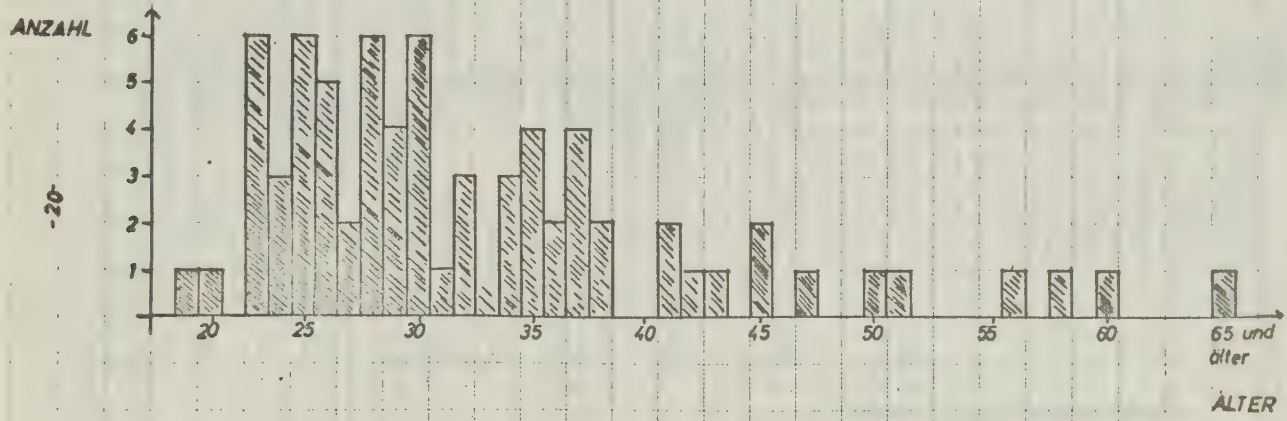


SCHAUBILD 2: Altersverteilung nicht normale Patienten, Männer und Frauen getrennt

SCHAUBILD 3: Altersverteilung Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter



Die Altersverteilung der Halbwaisen bei der Mutter entspricht den Feststellungen bei sämtlichen Patienten aus gestörten Familien, nur sind die Häufigkeiten schon ziemlich gering.

Beim Vergleich der Männer zu den Frauen aus nicht normalen Familien fällt auf, daß bei den Männern relativ häufig 28- bis 32jährige, bei den Frauen dagegen viele 23- bis 27jährige in Behandlung kamen.

Auf die Untersuchung der Altersverteilung der Patienten aus den übrigen Familienhauptgruppen wurde verzichtet, da bei der geringen Zahl der Fälle keine besonderen Häufungen zu erwarten waren und auch nicht vorkamen.

4. Formen des Elternverlustes

Auf welche Weise unsere Patienten ihre Eltern verloren haben, geht aus der folgenden Tabelle hervor:

Tabelle 3:

	Eltern geschieden	Unehelich	Halbwaisen V. gest.	Halbwaisen M. gest.	Vollwaisen
Männer abs.	13	16	62	19	1
% von 110	11,8	14,6	56,4	17,3	0,9
Frauen abs.	17	16	39	11	5
% von 89	19,1	18	43,8	12,3	5,6
Gesamt abs.	30	32	101	30	6
% von 199	15,1	16,1	50,7	15,1	3,0
% von 615	4,9	5,2	16,4	4,9	0,9

Ober die Hälfte der 199 Patienten haben also ihren Vater durch Tod verloren, nämlich 50,7 %. Diese hohe Zahl läßt sich teilweise dadurch erklären, daß die in der Altersverteilung häufigste Gruppe in ihrer Jugend den Krieg miterlebt und durch diesen ihre Väter verloren hat; 44,2 % der Patienten aus gestörten Familien waren zwischen 1936 und 1944 geboren worden, gegenüber 28,2 % der Patienten aus normalen Familien.

Scheidung der Eltern (15,1 %), Unehelichkeit (16,1 %) und Tod der Mutter (15,1 %) waren ungefähr gleich häufig. Wesentlich geringer vertreten sind die Vollwaisen (3 %), wie auch zu erwarten war.

Aus der Tabelle gehen auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen hervor. So waren die Frauen häufiger uneheliche Kinder, Vollwaisen und Scheidungswaisen als die Männer; die Männer dagegen waren häufiger Halbwaisen durch den Tod entweder der Mutter oder des Vaters geworden.

5. Zeitpunkt des Elternverlustes

Viele Autoren heben hervor, daß der Tod eines Elternteils in der frühen Kindheit einen besonders starken Einfluß auf die seelische Entwicklung des Kindes haben soll (W.TOMAN). Daß ein früher Verlust auch noch später bei Erwachsenen einen Einfluß haben kann, scheint aus Tabelle 4 hervorzugehen: Ober 66 % der Patienten haben einen Elternteil vor dem 7. Lebensjahr verloren. 20 % verloren ihn zwischen 7 und 12 Jahren und nur 13 % hatten diesen Verlust zwischen 13 und 18 Jahren zu beklagen. Dies überrascht, da man gerade das Gegenteil erwarten konnte, denn mit dem Alter der Kinder steigt auch das der Eltern und somit die Möglichkeit des Elternverlustes durch Tod.

Tabelle 4: Zeitpunkt des Elternverlustes

Haupt-	0 bis 6 Jahre			7 bis 12 Jahre			13 bis 18 Jahre		
gruppe	M	F	Ges.	M	F	Ges.	M	F	Ges.
HW abs	26	10	36	14	9	23	10	3	13
% v.72			50			31,9			18,1
SchW abs	3	4	7	3	1	4	0	2	2
% v.13			53,8			30,8			15,4
UE abs	3	0	3	0	0	0	0	0	0
% v. 3			100						
HW,Schw bV abs	1	1	2	1	1	2	1	2	3
% v. 7			28,6			28,6			42,8
StM abs	5	6	11	1	1	2	0	0	0
% v.13			84,7			15,4			
StV abs	8	7	15	4	2	6	2	0	2
% v.23			65,2			26,1			8,7
GrE abs	4	2	6	1	0	1	0	0	0
% v. 7			85,8			14,3			
Ad abs	0	4	4	0	0	0	0	0	0
% v. 4			100						
Pfl abs	4	7	11	0	0	0	1	2	3
% v.14			78,7						21,4
H abs	2	0	2	0	0	0	1	0	1
% v. 3			66,7						33,3
mW abs	11	24	35	2	1	3	2	0	2
% v.40			87,5			7,5			5
Gesamt abs	67	65	132	26	15	41	17	9	26
%	60,9	73	66,3	23,7	16,8	20,6	15,5	10,1	13,1
	v.110	v.89	v.199	v.110	v.89	v.199	v.110	v.89	v.199

Besonders bei Frauen scheint ein Verlust in den ersten sechs Lebensjahren noch stärker ins Gewicht zu fallen (73 %) als bei Männern (60,9 %).

Oberdurchschnittlich häufig haben Patienten mit mehrfachem Wechsel der Umgebung und Stiefmutterkinder einen Elternteil in den ersten sechs Lebensjahren verloren, nämlich 88 % bei der Gruppe mehrfacher Wechsel der Umgebung und 85 % bei Stiefmutterkindern. Unter dem Durchschnitt lagen dagegen Halbwaisen bei der Mutter, von denen 50 % ihren Vater bis zum siebten Lebensjahr verloren haben.

Relativ spät verloren Halb- und Scheidungswaisen beim Vater ihre Mutter. Dies ist jedoch erklärbar, da nur ältere Kinder bei einer Scheidung dem Vater vom Vormundschaftsgericht zugesprochen werden, und kleinere Kinder beim Tod der Mutter vom Vater auch nicht aufgezogen werden. Bei der geringen Zahl der Fälle in dieser und in den übrigen Gruppen kann auch keine bedeutsame Aussage getroffen werden.

Von sämtlichen 615 ausgewerteten Fällen hatten also 132 Patienten einen Elternverlust in den ersten sechs Lebensjahren zu verzeichnen, das sind 21,4 %. T. F. HAU und A. ROPPELL fanden in einer Untersuchung bei 24 % der psychisch gestörten Patienten einen Elternverlust bis zum Beginn des siebten Lebensjahres.

6. Familienstand der Patienten

Bei Betrachtung des Familienstandes in Tabelle 5 kann man unterschiedliche Häufigkeiten zwischen Patienten aus normalen und solchen aus gestörten Familien feststellen. So scheinen Patienten aus normalen Familien häufiger ledig zu sein (40,6 % gegenüber 36,7 % bei gestörten Familien). Geschiedene Patienten kamen über doppelt so häufig aus nicht normalen Familienverhältnissen als aus normalen (9,5 % gegenüber 3,6 %). Verwitwete Patienten waren häufiger in normalen Familienverhältnissen (5,3 %) aufgewachsen als in gestörten (1,5 %).

Auch für die einzelnen Hauptgruppen ergaben sich gewisse Unterschiede. So waren Halbwaisen bei der Mutter am häufigsten ledig (44,4 %), Stiefvaterkinder dagegen relativ selten (26,1 %), ebenso Stiefmutterkinder (15,4 %). Stiefvaterkinder (65,2 %) und Stiefmutterkinder (77 %) waren dafür am häufigsten verheiratet, die Halbwaisen dagegen seltener.

Die obigen Unterschiede konnten jedoch statistisch nicht gesichert werden.

Tabelle 5: Familienstand in den einzelnen Hauptgruppen, Männer und Frauen zusammen

Familienstand	HW	SchW	UE	HW, SchW, bV	StM	StV	GrE	Ad	Pfl	H	mW	nicht normale Familien	normale Familien
	n=72	n=13	n= 3	n= 7	n=13	n=23	n= 7	n= 4	n=14	n= 3	n=40	n=199	n=416
ledig abs.	32	5	1	3	2	6	-	1	6	-	17	73	169
%	44,4	38,9	33,3	42,8	15,4	26,1	-	25	42,8	-	42,5	36,7	40,6
verheiratet abs.	33	7	1	3	10	15	7	3	8	3	20	110	221
%	45,8	53,8	33,3	42,8	77	65,2	100	75	57,2	100	50	55,3	53,2
geschieden abs.	7	1	1	1	2	2	1	-	1	1	2	19	15
%	9,7	7,7	33,3	14,3	15,4	8,7	14,3	-	7,2	33,3	5	9,5	3,6
verwitwet abs.	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3	22
%	-	7,7	-	-	-	4,4	-	-	-	-	2,5	1,5	5,3

Die Summe in den einzelnen Hauptgruppen ergibt höhere Zahlen als erwartet, da einzelne Patienten nach einer geschiedenen Ehe wieder geheiratet haben. Diese wurden dann zweimal berücksichtigt, einmal unter geschieden und einmal unter verheiratet.

7. **Bedeutung nicht normaler Familienverhältnisse für die Art psychoreaktiver Störungen.**
Um diese Untersuchung durchführen zu können, wurden von jedem Patienten sämtliche im Krankenblatt vermerkten psychosomatischen Symptome notiert und ausgewertet, zusätzlich wurden noch Depression und Suicidversuche und Alkohol- und Medikamentenabusus miteinbezogen. Dies bereitete einige Schwierigkeiten, vor allem, was die Bedeutung des Symptoms für den Patienten betraf. Es war aus den Krankengeschichten nicht immer zu ersehen, ob der Patient z.B. nur einmal Kopfschmerzen hatte oder ob er dauernd oder öfter darüber klagte. Auch war beim Auftreten von mehreren Symptomen nicht vermerkt, welches bei dem Patienten im Vordergrund stand. Schließlich einigten wir uns darauf, sämtliche erwähnten Symptome gleichrangig zu behandeln, was natürlich zu einer gewissen Verzerrung der Ergebnisse führen kann. K. OBERLA hatte in einer anderen Arbeit seine Symptome jedoch in Leit- und Begleitsymptome unterteilt.

Bei der Vielzahl der Einzelsymptome war es unerlässlich, diese in Symptomenkomplexe zusammenzufassen. Dabei erfolgte in Anlehnung an die Arbeiten von T. F. HAU und A. ROPPELL, BECK, S. und K. OBERLA eine Einteilung in folgende Symptomenkreise, die noch durch die Punkte 11 und 12 erweitert wurden:

1. Kopfschmerzen, Nackenschmerzen
2. Sprachstörung
3. Kreuzschmerzen, Schmerzen und Lähmungen in den Extremitäten, Schreibkrampf, Gangstörungen, Tics
4. Angst und Zwang
5. Allgemeine Störungen: Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Schweißausbrüche, Schwindel, Erröten, Unsicherheit, Obelkeit, Unruhe
6. Konzentrationsstörungen

7. Urogenitaltrakt und Haut: Potenzschwierigkeiten, sexuelle Abnormitäten, Unterleibsbeschwerden, Bettnässen, Hautjucken
8. Atmungssystem: Asthma bronchiale, Atembeschwerden, Kloßgefühl im Hals
9. Verdauungssystem: gastrointestinale Beschwerden, Magersucht, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit
10. Herz-Kreislaufsystem: Herzbeschwerden
11. Depressionen und Suicidversuche
12. Alkohol- und Medikamentenabusus

Auch wenn ein Patient über mehrere Symptome desselben Komplexes klagte, so wurde dieser jedoch nur einmal gezählt. Insgesamt ergab sich, daß die Patienten aus gestörten Familien durchschnittlich Beschwerden aus 2,7 Symptomenkreisen angaben, Patienten aus normalen Familien dagegen nur durchschnittlich 2,2.

In Tabelle 6 sind die Symptomhäufigkeiten der Patienten aus nicht normalen Familien denen der Patienten aus normalen Familien gegenübergestellt. Dabei ergibt sich, daß fast alle Symptomkreise bei nicht normalen Familien erhöht waren bis auf Kopfschmerz, Sprachstörung, Konzentrationsstörung und Alkohol- und Medikamentenabusus.

Die Häufigkeiten je Symptomkreis wurden mit Kenntnis aller Einschränkungen nach dem χ^2-Test (Vierfeldertest) gegeneinander getestet. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede bei folgenden Symptomkreisen zwischen nicht normalen und normalen Familien, wobei die nicht normalen Familien jeweils häufiger vertreten waren:

Kreuzschmerzen	($p < 0{,}01$)
Angst und Zwang	($p < 0{,}05$)
Allgemeine Störungen	($p < 0{,}1$)
Urogenitaltrakt	($p < 0{,}025$)
Herz-Kreislaufsystem	($p < 0{,}001$)

Tabelle 6: Symptomhäufigkeit der Patienten aus nicht normalen Familien und der aus normalen Familien, absolut und prozentual

Symptomkreis	normale Familien	nicht normale Familien
	n = 416	n = 199
Kopfschmerzen	113	55
%	27,2	27,6
Sprachstörung	11	4
%	2,7	2,0
Kreuzschmerzen	49	39
%	11,8	19,6
Angst und Zwang	120	73
%	28,9	36,7
Allgem.Störungen	189	106
%	43,1	53,3
Konzentration	33	12
%	7,9	6,0
Urogenitaltrakt	28	25
%	6,7	12,6
Atmungssystem	17	14
%	4,1	7,0
Verdauungstrakt	98	58
%	23,6	29,2
Herz-Kreislauf	46	44
%	11,1	22,1
Depression	158	82
%	38,1	41,2
Alkohol	65	33
%	15,6	15,6

Durch diesen Test war auch zu entnehmen, daß die Häufigkeitsunterschiede der Kreise Atmungssystem, Verdauungstrakt, Depression und Suicidversuch nicht signifikant sind. Gerade bei Depression und Suicidversuch bestätigt unsere Untersuchung die Ergebnisse von J. GREGORY und A. MUNRO.

Da jedoch angenommen wird, daß sich die Männer von den Frauen in der Häufigkeit einzelner Symptome unterscheiden, sollen nun zuerst die Männer der normalen Familien den Männern aus nicht normalen Familien hinsichtlich der Symptomhäufigkeit gegenübergestellt werden. Dasselbe soll danach für die Frauen erfolgen.

Anhand Tabelle 7 kann man erkennen, daß bei Sprachstörungen, Konzentrationsstörungen, Atmungssystem und Alkohol- und Medikamentenabusus wieder kaum Unterschiede zwischen den Männern aus beiden Familiengruppen bestanden. Nach dem χ^2-Test konnten signifikante Unterschiede bei den Männern festgestellt werden für folgende Symptomkreise:

Angst und Zwang	($p < 0{,}05$)
Allgemeine Störungen	($p < 0{,}005$)
Verdauungssystem	($p < 0{,}01$)
Herz-Kreislaufsystem	($p < 0{,}05$)

die bei den Männern aus nicht normalen Familien alle erhöht waren.

Die gleiche Untersuchung bei den Frauen ergab signifikante Unterschiede bei folgenden Symptomkreisen:

Kreuzschmerzen	($p < 0{,}005$)
Atmungssystem	($p < 0{,}1$)
Herz-Kreislaufsystem	($p < 0{,}005$)

die alle bei den Frauen aus nicht normalen Familien erhöht waren.

Tabelle 7: Symptomhäufigkeit der Patienten aus nicht normalen Familien und der aus normalen Familien, Männer und Frauen getrennt, absolut und in Prozent.

Symptomkreis	Männer		Frauen	
	norm.Fam. n = 199	nicht norm.Fam. n = 110	norm.Fam. n = 217	nicht norm.Fam. n = 89
Kopfschmerzen	53	34	60	21
%	26,6	30,9	27,6	23,6
Sprachstörung	10	4	1	-
%	5,0	3,6	0,5	-
Kreuzschmerzen	22	16	27	23
%	11,0	14,5	12,5	25,8
Angst u. Zwang	44	36	76	37
%	22,1	32,7	35,0	41,6
Allgem.Störungen	77	61	112	45
%	38,7	55,4	51,7	50,6
Konzentration	16	10	17	2
%	8,0	9,1	7,4	2,2
Urogenitaltrakt	23	19	5	6
%	11,6	17,5	2,3	6,7
Atmungssystem	4	3	13	11
%	2,0	2,7	6,0	12,4
Verdauungstrakt	31	31	67	27
%	15,6	28,1	30,9	30,3
Herz-Kreislauf	22	21	24	23
%	11,0	19,1	11,1	25,8
Depression	60	37	98	45
%	30,1	33,7	45,2	50,6
Alkohol	43	24	22	9
%	21,6	21,8	10,1	10,1
Summe	405	296	528	249
Anzahl Symptome / Patient	2,04	2,69	2,39	2,80

8. Geschlechtsunterschiede in der Symptomhäufigkeit bei nicht normalen Familien

Stellt man nach Tabelle 7 die Männer und Frauen der nicht normalen Familien einander gegenüber und wertet die Unterschiede nach dem χ^2-Test aus, so erhält man wieder signifikante Unterschiede. Männer wiesen dabei häufiger folgende Symptomkomplexe auf:

Konzentrationsstörungen	($p < 0,1$)
Urogenitaltrakt	($p < 0,05$)
Alkohol- und Medikamentenabusus	($p < 0,05$)

Bei Frauen dagegen waren folgende Symptome signifikant häufiger anzutreffen:

Kreuzschmerzen	($p < 0,05$)
Atmungssystem	($p < 0,025$)
Depressionen und Suicidversuche	($p < 0,025$)

9. Bedeutung der Art der nicht normalen Familienverhältnisse für die Art der Symptome

Die für diese Untersuchung benötigten Werte sind in den Tabellen 8 - 10 zusammengestellt. Zuerst sollen Geschlechtsunterschiede nicht berücksichtigt werden, obwohl die Häufigkeit einzelner Symptome bei Männern und Frauen verschieden ist und auch die Zusammensetzung bezüglich der Geschlechter in den einzelnen Hauptgruppen differiert.

Bei dieser Untersuchung sollen auch nur Gruppen berücksichtigt werden, die mehr als 10 Fälle aufweisen. Anhand Tabelle 8 kann man für die einzelnen Hauptgruppen folgende Besonderheiten feststellen:

a) Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter

Diese Gruppe, die im Schnitt 3,0 Symptome pro Patient aufweist, zeigt die höchsten Häufigkeiten bei Allgemeinen Störungen und im Verdauungssystem.

b) Scheidungswaisen bei der alleinstehenden Mutter

Mit 2,1 Symptomen pro Patient am wenigsten aller Hauptgruppen, weisen sie die geringsten Häufigkeiten von Depressionen und Suicidversuch und Alkohol- und Medikamentenabusus auf.

c) Stiefmutterfamilien

Sie liegen mit durchschnittlich 3,7 Symptomen pro Patient an der Spitze, ebenso sind sie bei folgenden Symptomen am häufigsten vertreten: Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Angst und Zwang, Urogenitaltrakt, Herz-Kreislauf, Depression und Suicidversuch.

d) Stiefvaterkinder

Sie haben mit durchschnittlich 2,5 Symptomen pro Patient am wenigsten Kopfschmerzen und Allgemeine Störungen.

e) mehrfacher Wechsel der Umgebung

In dieser Gruppe traten am geringsten Angst und Zwang und Herz-Kreislaufsymptome auf. Sie hatten durchschnittlich 2,5 Symptome pro Patient.

f) Adoptiv- und Pflegekinder

Die Gruppe der Pflegekinder wurde noch durch die Hinzunahme der Adoptivkinder erweitert, da diese beiden Familienverhältnisse sich ähnlich sind und die Adoptivfamilien zu klein waren, um ausgewertet zu werden. Zusammengenommen hatten diese 2,4 Symptome pro Patient im Durchschnitt, dabei waren die Atmungssystemsymptomatik und der Alkoholabusus am häufigsten von allen Hauptgruppen zu finden. Kreuzschmerzen, Allgemeine Störungen, Urogenitaltraktsymptome und Symptome des Verdauungssystems waren weniger häufig als bei den übrigen anzutreffen.

Tabelle 8: Symptomhäufigkeit in den einzelnen Familienformen, Männer und Frauen gemeinsam (nur Gruppen über 10 Personen), absolut und in Prozent

Symptomkreis	nicht norm. Fam.	HW	SchW	StM	StV	Pfl	mW	Ad + Pfl
	n=199	n=72	n=13	n=13	n=23	n=14	n=40	n=18
Kopfschmerzen	55	26	2	6	3	4	9	4
%	28	36	15	46	13	29	23	22
Sprachstörung	4	1	1	-	-	-	1	-
%	2	1	8	-	-	-	3	-
Kreuzschmerzen	39	16	1	4	3	-	6	1
%	20	22	8	31	13	-	15	6
Angst u. Zwang	73	26	6	7	8	6	11	8
%	37	36	46	54	35	43	28	44
Allgem.Störung.	106	46	6	8	10	6	19	8
%	53	64	46	62	44	43	48	44
Konzentration	12	7	-	1	2	-	-	-
%	6	10	-	8	9	-	-	-
Urogenitaltrakt	25	9	2	3	3	1	3	1
%	13	13	15	23	13	7	8	6
Atmungssystem	14	3	-	1	1	3	5	3
%	7	4	-	8	4	21	13	17
Verdauungstrakt	58	31	2	4	3	2	11	2
%	29	43	15	31	13	14	28	11
Herz-Kreislauf	44	16	4	5	7	3	6	4
%	22	22	31	39	30	21	15	22
Depression	82	29	2	7	11	5	20	7
%	41	40	15	54	48	36	50	39
Alkohol	33	8	1	2	6	4	7	5
%	16	11	8	15	26	29	18	28

Da jedoch angenommen werden muß, daß diese Ergebnisse durch das unterschiedliche Verhältnis von Männern zu Frauen in den einzelnen Hauptgruppen verfälscht werden, da ja Männer und Frauen unterschiedliche Symptomhäufigkeiten aufweisen, sollen nochmals die vier größten Gruppen, nach Männern und Frauen getrennt, hinsichtlich der Symptomhäufigkeit einander gegenübergestellt werden.

In Tabelle 9 wurde dies für die Männer zusammengestellt. Die angegebenen Prozentwerte sind nur zur Verdeutlichung der Zahlenwerte da, ansonsten vermitteln sie gerade bei kleinen Gruppen oft einen falschen Eindruck; so macht z.B. ein Symptomunterschied bei 9 Fällen schon 11 % aus.

Trotzdem kann man bei den halbwaisen Männern sehen, daß die Symptomkreise Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Allgemeine Störungen und Verdauungssystem häufiger anzutreffen sind als bei den übrigen, Alkohol- und Medikamentenabusus dagegen weisen die geringste Häufigkeit aller Gruppen auf.

Die Stiefvaterkinder sind häufiger bei Alkohol- und Medikamentenabusus vertreten, weisen aber weniger die Symptomkreise Kopfschmerzen, Allgemeine Störungen, Kreuzschmerzen und Verdauungstrakt auf.

Patienten mit mehrfachem Wechsel der Umgebung litten weniger häufig als die übrigen an Angst und Zwang, Urogenitaltraktsymptomen und Kreuzschmerzen.

Bei den Frauen läßt sich folgendes feststellen (Tabelle 10): Halbwaisen litten wie die Männer häufiger als andere unter Allgemeinen Störungen und an Symptomen des Verdauungssystems.

Tabelle 9: Männer: Verteilung einzelner Symptome auf die Familienformen (für Gruppen über 10 Fälle), absolut und in Prozent

Symptomkreis	nicht normale Familien	HW	StV	Ad+ Pfl	mW
	n = 110	n=50	n=14	n= 5	n=15
Kopfschmerzen	34	21	2	2	3
%	31	42	14	40	20
Kreuzschmerzen	16	10	1	-	1
%	15	20	7	-	7
Angst u. Zwang	36	17	4	3	3
%	33	34	29	60	20
Allgem.Störungen	61	32	4	3	9
%	56	64	29	60	60
Konzentration	10	6	1	-	-
%	9	12	7	-	-
Urogenitaltrakt	19	9	2	-	1
%	17	18	14	-	7
Atmungssystem	3	1	-	-	2
%	3	2	-	-	13
Verdauungstrakt	31	21	1	-	5
%	28	42	7	-	33
Herz-Kreislauf	21	9	2	2	2
%	19	18	14	40	13
Depression	37	18	4	2	4
%	34	36	28	40	27
Alkohol	24	7	6	2	5
%	22	14	43	40	33

Tabelle 10: Frauen: Verteilung einzelner Symptome auf die Familienformen (für Gruppen über 10 Fälle), absolut und in Prozent

Symptomkreis	nicht normale Familien	HW	StV	Ad+ Pfl	mW
	n = 89	n=22	n=9	n=13	n=25
Kopfschmerzen	21	5	1	2	6
%	24	23	11	15	24
Kreuzschmerzen	23	6	2	1	5
%	26	27	22	8	20
Angst u. Zwang	37	9	4	5	8
%	42	41	44	39	32
Allgem.Störungen	45	14	6	5	10
%	51	64	67	39	40
Konzentration	2	1	1	-	-
%	2	5	11	-	-
Urogenitaltrakt	6	-	1	1	2
%	7	-	11	8	8
Atmungssystem	11	2	1	3	3
%	12	9	11	23	12
Verdauungstrakt	27	10	2	2	6
%	30	46	22	15	24
Herz-Kreislauf	23	7	5	2	4
%	26	32	56	15	16
Depression	45	11	7	5	16
%	51	50	78	39	64
Alkohol	9	1	-	3	2
%	10	5	-	23	8

Stiefvaterkinder klagten häufiger über Allgemeine Störungen, Herz-Kreislaufsymptome und Depression und Suicidversuche als andere, Kopfschmerzen dagegen waren wie bei den Männern verringert.

Adoptiv- und Pflegekinder wiesen mehr als die anderen Symptome des Atmungssystems und Alkohol- und Medikamentenabusus auf, weniger dagegen hatten sie Kreuzschmerzen, Allgemeine Störungen, Symptome des Verdauungs- und Herz-Kreislaufsystems, Depression und Suicidversuch.

Frauen mit mehrfachem Wechsel der Umgebung waren weniger als andere mit Allgemeinen Störungen, Herz-Kreislaufsymptomen, Angst und Zwang (wie die Männer) in die Behandlung gekommen.

Es fällt auf, daß sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Gruppe der Halbwaisen die Allgemeinen Störungen und Symptome des Verdauungstraktes über den Häufigkeiten der anderen liegen.

Bei Stiefvaterkindern waren bei den Männern und Frauen Kopfschmerzen weniger häufig aufgetreten als bei anderen.

Bei der Gruppe mehrfacher Wechsel der Umgebung wiesen Angst und Zwang in beiden Geschlechtern die geringste Häufigkeit auf.

Gerade für diese Untersuchung war das Patientengut wohl etwas zu klein, denn es ist schwierig, bei solchen geringen Häufigkeiten Unterschiede herauszuarbeiten, wenn solche überhaupt vorhanden sein sollten. Bei Beginn der Arbeit war jedoch noch nicht zu ersehen, daß sich vor allem die Männer von den Frauen in manchen Symptomgruppen so stark unterscheiden. Lediglich in der Gruppe Alkohol- und Medikamentenabusus konnte der Erfahrung nach damit gerechnet werden.

IV. VERGLEICH DER EIGENEN ERGEBNISSE MIT ARBEITEN AUS DER LITERATUR

Von den 615 auswertbaren Fällen kamen 32,3 % aus nicht normalen Familien in der Kindheit. Sie hatten alle bis zur Beendigung des 18. Lebensjahres mindestens einen Elternteil verloren und waren in Familien der verschiedensten Arten aufgewachsen. Dabei hatten 21,4 % der 615 Fälle den Elternverlust ziemlich früh zu beklagen, nämlich in den ersten sechs Lebensjahren. T. F. HAU und A. ROPPELL hatten bei ähnlichen Untersuchungen 24 % Patienten ermittelt, die einen Elternverlust vor dem siebten Lebensjahr aufweisen konnten.

In Tabelle 11 sollen die Zahlen der Verteilung auf die einzelnen Familienhauptgruppen denen der Untersuchung von D. BECK und R. LEMPP gegenübergestellt werden, die 1969 an Kindern zwischen 3 und 15 Jahren in der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie - Klinisches Jugendheim - der Universitäts-Nervenklinik Tübingen durchgeführt wurde. D. BECK hatte 240 Kinder aus nicht normalen Familienverhältnissen untersucht und diese mit 254 Kindern aus vollständigen Familien verglichen, die von S. BECK ausgewertet worden waren. Es lag also ein verwertbares Gesamtuntersuchungsgut von 494 Fällen vor, auf die sich auch die Prozentwerte in Tabelle 11 beziehen. Die Prozentwerte unserer Untersuchung beziehen sich auf die Gesamtzahl von 615 Fällen.

Beim Vergleich der Häufigkeiten fällt auf, daß bei der Untersuchung von D. BECK und R. LEMPP fast die Hälfte sämtlicher Kinder aus nicht normalen Familienverhältnissen stammten, nämlich 48,6 %. Bei uns dagegen waren nur 32,3 % der Patienten in solchen unnatürlichen Verhältnissen aufgewachsen, also 16,3 % weniger. Dieser Unterschied ließ sich nach dem χ^2-Test statistisch sichern ($p < 0{,}001$).

Tabelle 11: Vergleich mit den Zahlen von D. BECK und R. LEMPP nach Untersuchungen in der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie der Universitäts-Nervenklinik Tübingen

Hauptgruppe	Untersuchungen von D. BECK u. R. LEMPP		Eigene Ergebnisse	
	Zahl	% von 494	Zahl	% von 615
HW	26	5,3	72	11,7[1)]
SchW	23	4,7	13	2,1[2)]
UE	10	2,0	3	0,5
HW,SchW,bV	4	0,8	7	1,1
StM	14	2,8	13	2,1
StV	21	4,3	23	3,7
GrE	35	7,1	7	1,1[3)]
Ad	11	2,2	4	0,7
Pfl	5	1,0	14	2,3[4)]
H	57	11,5	3	0,5
mW	34	6,9	40	6,5
Gesamt	240	48,6	199	32,3[5)]

[1)] signifikant mehr als bei D. BECK und R. LEMPP ($p < 0{,}001$)

[2)] signifikant weniger als bei D. BECK und R. LEMPP ($p < 0{,}025$)

[3)] signifikant weniger als bei D. BECK und R. LEMPP ($p < 0{,}001$)

[4)] signifikant mehr als bei D. BECK und R. LEMPP ($p < 0{,}1$)

[5)] signifikant weniger als bei D. BECK und R. LEMPP ($p < 0{,}001$)

Beim Vergleich der Hauptgruppen erscheint vor allen Dingen bemerkenswert, daß in der vorliegenden Untersuchung die Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter mit 72 Patienten den breitesten Raum einnehmen. Mit 11,7 % sämtlicher auswertbarer Fälle ist diese Gruppe signifikant größer als dieselbe bei D. BECK (5,3 %). Eine Begründung dafür könnte im Alter der Patienten liegen. Das Patientengut dieser Untersuchung wurde nämlich vor 1949 geboren, sodaß wahrscheinlich mehr Halbwaisen dadurch erscheinen, weil sie den Vater im Krieg verloren haben. Das Patientengut von D. BECK wurde nach 1944 geboren.

Auch die Pflegekinder waren signifikant häufiger (2,3 %) als bei D. BECK (1,0 %).

Sonst waren alle Gruppen weniger häufig vertreten als bei D. BECK. Statistisch sichern ließ sich dies jedoch nur für die Scheidungswaisen bei der alleinstehenden Mutter (2,1 % gegenüber 4,7 % bei D. BECK) und die Großelternkinder (1,1 % gegenüber 7,1 % bei D. BECK). Den größten Unterschied wiesen jedoch die Heimkinder auf, die mit 57 Fällen (11,5 %) bei D. BECK den höchsten Anteil stellten gegenüber 3 Fällen in der vorliegenden Untersuchung (0,5 %). Hier konnte jedoch keine Signifikanzberechnung durchgeführt werden, da die zu vergleichenden Gruppen beim χ^2-Test nicht weniger als 5 Fälle haben dürfen.

D. BECK und R. LEMPP konnten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Einweisungsgründen von Kindern aus gestörten und solchen aus normalen Familienverhältnissen nachweisen. So überwogen bei Kindern aus nicht normalen Familien die dissozialen Verhaltensweisen, bei Kindern aus vollständigen Familien dagegen mehr die psychosomatischen Störungen. Dadurch läßt sich die größere Häufigkeit der Kinder aus nicht normalen Familien bei D. BECK gegenüber der vorliegenden Untersuchung teilweise erklären, denn die Erwachsenen dieser Untersuchung wiesen keine dissozialen Verhaltensweisen auf.

Auch in der vorliegenden Untersuchung ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Symptomatik zwischen normalen und gestörten Familien. Dabei konnten die Patienten aus gestörten Familien jeweils häufiger folgende Symptomkreise aufweisen: Kreuzschmerzen, Angst und Zwang, Allgemeine Störungen, Urogenitaltrakt, Herz-Kreislaufsystem.

Beim Vergleich der Einweisungsgründe in den einzelnen Untersuchungsgruppen war es D. BECK und R. LEMPP ebenfalls möglich gewesen, Unterschiede herauszuarbeiten.

Hier muß jedoch die Frage gestellt werden, ob man die beiden Untersuchungen miteinander vergleichen darf. Denn es besteht eine ganz andere Auslese des Krankengutes. So kommen erwachsene Patienten erst in Behandlung, wenn sie sich selbst krank fühlen. Kinder dagegen werden meistens von ihren Eltern gebracht, wenn sie also stören oder die Eltern sie als krank ansehen. Außerdem wurden viele Kinder wegen einer dissozialen Verhaltensweise zur Behandlung gebracht. Erwachsene mit dissozialer Verhaltensweise kommen dagegen in der vorliegenden Untersuchung nicht vor. Schließlich wird ein großer Teil der Kinder aus gestörten Familien von Amtswegen vorgestellt. Dies ist sicher eine der Hauptursachen für die große Häufigkeit der Kinder aus nicht normalen Familien und unter diesen besonders der Heimkinder in der Untersuchung von D. BECK und R. LEMPP.

In der vorliegenden Untersuchung ergaben sich auch sichere Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Symptomatik zwischen Männern und Frauen. Dadurch werden Ergebnisse gerade in den Untergruppen verfälscht, da das Verhältnis Männer zu Frauen in den einzelnen Hauptgruppen stark differiert. Bei D. BECK und R. LEMPP ergaben sich dage-

gen nur sichere Unterschiede der Häufigkeit zwischen Jungen und Mädchen bei den Schulschwierigkeiten mit einem Oberwiegen der Jungen.

Von den Patienten aus gestörten Familien hatten 66,3 % einen Elternteil vor dem 7. Lebensjahr verloren. Dies scheint den Autoren recht zu geben, die einen Elternverlust besonders in der frühen Kindheit für psychische Störungen beim Erwachsenen verantwortlich machen, wie dies S. GREER für Suicidversuch und Soziopathien nachzuweisen glaubte. Denn es darf angenommen werden, daß im allgemeinen Väter von 7- bis 18jährigen Jugendlichen wegen des Alters eher sterben als Väter von Kindern unter 7 Jahren.

Im Gegensatz zu anderen Autoren, die jeweils mehr Frauen als Männer in ihrem Krankengut zu verzeichnen hatten, gelangten von den Patienten aus nicht normalen Familien mehr Männer (55,2 %) zur Auswertung. K. OBERLA fand bei seinem Patientenkollektiv nur 40,6 % Männer, und auch R. BETTRAY konnte bei Patienten aus normalen Familien mehr Frauen (52,2 %) aufzeigen.

Außer der Arbeit von D. BECK und R. LEMPP gibt es in der neueren Literatur keine ähnliche Arbeit. Vielmehr befaßten sich die meisten Autoren mehr mit Einzelproblemen wie z.B. mit der Beziehung zwischen dem Elternverlust und Depression, Suicid oder Kriminalität. Dabei war auch fast in allen Fällen nur auf den Elternverlust eingegangen worden und nicht auf die daraus resultierenden Familienverhältnisse.

V. KRITISCHE SCHLUSSBETRACHTUNG

Bei der Durchführung der Arbeit zeigten sich große Schwierigkeiten, die sowohl in der Fragestellung wie im praktischen Vorgehen begründet waren:

1. Sicherlich kann ein Elternverlust in der Kindheit und die damit verbundene Folge von nicht normalen Familienverhältnissen nicht als einziger und wichtigster praedisponierender Faktor zur Entstehung von psychischen Störungen angesehen werden. Dies wurde schon in den Arbeiten von J. GREGORY, T. F. HAU und A. ROPPELL und anderen verdeutlicht. Sollte jedoch ein gewisser Zusammenhang bestehen, so spielt sicherlich die Atmosphäre, in der das Kind aufgewachsen ist, eine sehr große Rolle.

2. Auch ohne Berücksichtigung der obengenannten Faktoren blieb nur eine kleine Anzahl von Fällen übrig. Diese splitterten sich durch die Verteilung in die einzelnen Hauptgruppen so stark auf, daß insbesondere die letzte Untersuchung über die Art der psychoreaktiven Störungen in den einzelnen Familienhauptgruppen höchstens Tendenzen aufweisen konnte.

3. Die Arbeit beruht auf der statistischen Auswertung von Krankengeschichten und hat daher eine Reihe von Nachteilen, die allen derartigen Arbeiten anhaften:
   a) Die Krankengeschichten wurden nicht unter dem Aspekt dieser Fragestellung erhoben. Es wurden alle Patienten erfaßt, über die Angaben von nicht normalen Familienverhältnissen vorlagen. So gelangten sicherlich einige Fälle zur Auswertung, die bei genauerer Kenntnis in eine andere Hauptgruppe einzureihen gewesen wären.

b) Auch den Symptomen, die im letzten Teil unserer Arbeit ausgewertet wurden, wurde in den Krankengeschichten nicht die Bedeutung beigemessen wie in unseren Untersuchungen. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn die Symptome in Haupt- und Begleitsymptome unterteilt gewesen wären. So aber erfuhren z.B. die Symptome die gleiche Behandlung, die bei den Patienten dauernd und ziemlich stark auftraten, wie diejenigen, die vielleicht nur einmal während der Behandlung kurz und mit geringer Intensität beobachtet wurden.

Auf Grund dieser Nachbetrachtungen muß man sich davor hüten, zu weitgehende Schlüsse zu ziehen. Das Problem der Beziehung von nicht normalen Familienverhältnissen und dem Auftreten von psychoreaktiven Störungen kann nur durch eine Anzahl ineinandergreifender und wesentlich umfassenderer Untersuchungen geklärt werden.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit wurde trotz einzelner Bedenken durchgeführt, weil untersucht werden sollte, ob eine Beziehung besteht zwischen dem Aufwachsen in nicht normalen Familienverhältnissen und der Häufigkeit und Art psychoreaktiver Störungen. Insbesondere sollten analog zu der Arbeit von D. BECK und R. LEMPP diesmal Untersuchungen an erwachsenen Patienten hinsichtlich derselben Fragestellung angestellt werden. Dabei wurden 199 Patienten aus nicht normalen Familien 416 Patienten aus normalen Familien, die von R. BETTRAY hinsichtlich der Geschwisterkonstellation untersucht wurden, gegenübergestellt.

Schon in der Zusammensetzung des Krankengutes fanden sich Unterschiede zu Untersuchungen anderer Autoren. So waren bei den Patienten aus nicht normalen Familien mit 55,2 % Männern und 44,8 % Frauen gerade umgekehrte Verhältnisse wie bei den Patienten aus normalen Familien anzutreffen, die mehr Frauen (52,2 %) als Männer (47,8 %) aufwiesen. Von den Hauptgruppen nicht normaler Familienverhältnisse war die Gruppe der Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter die weitaus stärkste Gruppe in unserem Krankengut mit 72 Patienten, erst dann kamen die Patienten mit mehrfachem Wechsel der Umgebung mit 40 Patienten und die Stiefvaterfamilien mit 23 Fällen.

Bei der Altersübersicht ergab sich, daß fast die Hälfte unseres Untersuchungsgutes zwischen 1936 und 1944 geboren war. Nachdem sich auch gezeigt hatte, daß 66,3 % einen Elternteil vor dem 7. Lebensjahr verloren hatten und nur 33,7 % zwischen 7 und 18 Jahren, und dies auch noch bei über der Hälfte der Vater durch Tod war, war klar, daß gerade Halbwaisen bei der Mutter und Stiefvaterkin-

der bei uns relativ häufig aufzufinden waren.

Wegen des Fehlens einer entsprechenden Statistik war es nicht möglich, eine Beziehung zwischen dem Elternverlust und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen zu erarbeiten.

Dafür fanden sich beim Vergleich der Patienten aus normalen Familien zu denen aus gestörten Familien andere interessante Unterschiede. So fanden sich mehr als doppelt so viel geschiedene Patienten unter den Fällen aus gestörten Familien als bei denen aus normalen Familien. Verwitwete Patienten waren dagegen häufiger in normalen Familienverhältnissen aufgewachsen.

Auch hinsichtlich der Art der psychischen Störungen ergaben sich charakteristische Unterschiede zwischen Patienten aus nicht normalen und solchen aus normalen Familien. So hatten Patienten aus nicht normalen Familien signifikant häufiger Kreuzschmerzen, Angst- und Zwangsymptome, Allgemeine Störungen, Symptome des Urogenitaltraktes und des Herz-Kreislaufsystems. Dabei waren bei den Männern aus gestörten Familien signifikant häufiger als bei Männern aus normalen Familien folgende Symptomkreise anzutreffen: Angst und Zwang, Allgemeine Störungen, Verdauungssystem, Herz-Kreislaufsystem. Bei Frauen aus gestörten Familien waren dagegen folgende Symptomkreise signifikant häufiger gefunden worden: Kreuzschmerzen, Atmungssystem, Herz-Kreislaufsystem.

Bei der Gegenüberstellung der Männer und Frauen aus nicht normalen Familien erhielt man ebenfalls signifikante Unterschiede, so wiesen die Männer häufiger die Symptomkomplexe Konzentrationsstörungen, Urogenitaltrakt, Alko-

hol- und Medikamentenabusus auf. Die Frauen dagegen klagten häufiger über die Symptomkreise Kreuzschmerzen, Atmungssystem, Depression und Suicidversuch.

Schließlich konnten noch in den einzelnen Familienhauptgruppen der gestörten Familien Unterschiede im Auftreten verschiedener Symptomkreise festgestellt werden, die jedoch wegen der geringen Häufigkeiten statistisch nicht ausgewertet wurden. Bei dieser Untersuchung fanden sich bei Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter häufiger als bei den anderen Patienten aus gestörten Familien Allgemeine Störungen und Symptome des Verdauungstraktes. Patienten aus Stiefmutterfamilien zeigten häufiger als die anderen die Symptome Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Angst und Zwang, Urogenitaltrakt, Herz-Kreislauf, Depression und Suicidversuch. Adoptiv- und Pflegekinder wiesen häufiger als die anderen die Atmungssystemsymptomatik und Alkohol- und Medikamentenabusus auf.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ADLER, A. : Ober den nervösen Charakter
München: Bergmann 1928

2. ASKEVOLD, F. : Studies in ulcerative colitis
J. psychosom. Res. 8, 89 - 100 (1964)

3. BECK, D. u. LEMPP, R. : Die Bedeutung nicht normaler Familienverhältnisse für die Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen
Ztschr.f.Psychother.u.med.Psychol. 1, 1 - 11 (1969)

4. BECK, S. : Ober die Beziehung zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen
Dissertation Tübingen 1964

5. BECK, S. u. LEMPP, R. : Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe für Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen
Z.Psychother.med.Psychol.15, 4 (1965)

6. BETTRAY, R. : Untersuchung über die Beziehung zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und der Häufigkeit und Art psychoreaktiver Störungen
Dissertation Tübingen, z.Zt. im Druck

7. BRILL, N. Q.u. Listen,E.H.jr: Parental loss in adults with emotional dissorders
Arch.gen.Psychiat.14,307-314 (1966)

8. BROWN, F. : Childhood bereavement and subsequent psychiatric disorder
Zentbl.Neurol.u.Chirurg.189, 423 (1967)

9. BROWN, F. u. Ph. EPPS : Childhood bereavement and subsequent crime
Brit.J.Psychiat.112,1043-1048 (1966)

10. BRUN, R. : Allgemeine Neurosenlehre I + II
Basel: Benno Schwalbe 1946

11. DORPAT, Th.L., JACKSON,J.K.u. RIPLEY, H.S. : Broken homes and attempted and completed suicide
Arch.gen.Psychiat.12,213-216 (1965)

12. DOHRSSEN, A. : Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Göttingen: Verlag f.med.Psychologie 1954

13. EDWARDS, F.H. : Aetiological patterns in delinquency adolescents. A survey of 66 cases seen at the Portman Clinik 1961 - 1964
Psychother.Psychosom.(Basel)13,256-264 (1965)

14. FORREST, A.D., FRASER,R.H.u. PRIEST, R.G. : Environment factors in depressiv illness
Brit.J.Psychiat.111, 243-253 (1965)

15. FREUD, S. : Gesammelte Werke
Band 1 - 18
London: Imago 1947 - 1952

16. GREER, S. : The relationship between parental loss and attempted suicide: a control study
Brit.J.Psychiat.110,698-705 (1964)

17. ders. : Study of parental loss in neurotica and sociopaths
Arch.gen.Psychiat.11, 177-180 (1964)

18. ders. : Parental loss and attempted suicide: a further report
Brit.J.Psychiat.112, 465-476 (1966)

19. GREGORY, J. : An analyses of family data on 1000 patients admitted to a Canadian mental hospital
Acta genetica et statistica medica 9, 71 - 93 (1959)

20. ders. : Anterospective data following childhood loss of a parent, I. Delinquency and high school dropout
Arch.gen.Psychiat.13,99-109 (1965)

21. ders. : Anterospective data following childhood loss of parent, II Pathology, performance and potential among college students
Arch.gen.psychiat.13,110-120 (1965)

22. ders. : Retrospective data concerning childhood loss of parent. Category of parent loss by decade of birth, diagnosis and MMPI.
Arch.gen.Psychiat.15,362-367 (1966)

23. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie I - V 1959, S. 233, 235, 236, 246
München: Urban u. Schwarzenberg 1959

24. HAU, T. F. : Frühkindliches Schicksal und Neurose
Göttingen: Verlag f.med.Psychol.im Verlag Vandenhoek und Ruprecht 1957

25. ders. : Strukturwandel der Neurosen Jugendlicher nach dem Kriege
Z.Psychoth.u.med.Psychol.15,208-210(1965)

26. HAU, T. F. u. A. ROPPELL : Zur Familienkonstellation bei psychosomatisch Erkrankten
Z.Psychoth.u.med.Psychol.16,211-219(1966)

27. HEGG, J. J. : Neurosen des Kindes und Jugendalters und soziale Umwelt
Schweiz.Arch.Neurol.Neurochirurg.Psychiat. 98, 121 - 147 (1966)

28. HEITZ, G. : Zur Situation unverheirateter Mütter und ihrer Kinder
Prax.Kinderpsychol.14,259-263 (1965)

29. JORSWIECK,E.u. KATWAN, J. : Neurotische Symptome - eine Statistik über Art und Auftreten in den Jahren 1947, 1956, 1965
Z.Psychosom.Med.13, 12-24 (1967)

30. LEMPP, R. : Eine Pathologie der psychischen Entwicklung
Bern u. Stuttgart: Huber 1967

31. ders. : Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose
Bern u. Stuttgart: Huber 1964

32. LÖWE, H. : Ober neurotische Symptome unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren bei leistungsversagenden Kindern und Jugendlichen
Ärztl.Jugendk.54, 354 - 361 (1964)

33. MUNRO, A. : Parental deprivation in depressive patients
Brit.J.Psychiat.112,443-457 (1966)

34. ders. : Childhood parent-loss in a psychiatrically normal population
Brit.J.prev.Med.19, 69-79 (1965)

35. OLTMAN, J.E.u. FRIEDMAN, S. : Parental deprivation in psychiatric disorders II. in affective illness
Dis.nerv.Syst.27, 239-244 (1966)

36. OTTO, K. : Einige Untersuchungsergebnisse von milieugeschädigten Kindern der Nervenklinik Erfurt
Psychiat.Neurol.med.Psychol.(Leipzig)18, 223-226 (1966)

37. RICHTER, H.E. : Eltern, Kind und Neurose
Psychoanalyse der kindlichen Rolle
Stuttgart: Ernst Klett 1963

38. SCHNABL, S. : Der Einfluß von Lebensalter, Geschlecht und Beruf auf die Symptomatik funktioneller Erkrankungen
Psychiat.Neurol.med.Psychol.(Leipzig)18, 158 - 164 (1966)

39. TOMAN, W. : Motivation, Persönlichkeit, Umwelt
Göttingen: Verlag f. Psychologie 1968

40. ders. : Familienkonstellationen
München: C. H. Beck 1965

41. OBERLA, K. u. ENKE, H. : Erfahrungsbericht: 3 Jahre klinische Psychotherapie innerer Krankheiten
Münch.med.Wochenschrift 104, 504-510(1962)

42. ZILBOORG, G. : Suicide among civilized and primitive races
Amer.J.Psychiatry 92, 1347-1369 (1936)

Herrn Professor Dr. R. Lempp möchte ich an dieser Stelle für die freundliche Oberlassung des Themas, die zahlreichen wertvollen Hinweise und seine ständige Hilfsbereitschaft meinen herzlichen Dank aussprechen.

Herrn Professor Dr. W. Schulte danke ich für die freundliche Obernahme des Korreferates.

LEBENSLAUF

Am 18. Februar 1945 wurde ich, Klaus-Jürgen Wirsching, als erster Sohn des Zahnarztes Dr.med.dent.Max Wirsching und seiner Ehefrau Irmingard, geb. Gehring, in Künzelsau geboren. Dort besuchte ich von 1952 - 1956 die Volksschule und von 1956 - 1965 das Gymnasium. Im Sommersemester 1965 begann ich das Studium der Zahnheilkunde in Würzburg. Dort legte ich im April 1966 die naturwissenschaftliche und im Oktober 1967 die zahnärztliche Vorprüfung ab. Seit dem Sommersemester 1968 studierte ich in Tübingen. Im Mai 1970 habe ich das zahnmedizinische Staatsexamen bestanden.